

Rámcové identifikačné číslo: 8 0 0 4 8 2

ČÍSLO POISTNEJ ZMLUVY: 1 2 0 _ _ _ _ _

INFORMÁCIE O POISTENOM

Dátum platnosti poistenia od:		do:	
Priezvisko:		Meno:	
Titul:	Dátum narodenia:	Rodné číslo: /	
Adresa trvalého bydliska v SR (ak na tejto adrese nebyvate, uveďte, prosíme, korešpondenčnú adresu): PSC:			
Telefón:		E-mail:	
Názov a kód zdravotnej poisťovne v SR:			

INFORMÁCIE O ŽIADATEĽOVI

(vyplňte v prípade, že poistený nie je zodný so žiadateľom)

Priezvisko:	Meno:	Titul:
Rodné číslo: /	Vzťah k poistenému:	
Adresa trvalého bydliska v SR (ak na tejto adrese nebyvate, uveďte, prosíme, korešpondenčnú adresu): PSC:		
Telefón:	E-mail:	

ÚDAJE O ŠKODOVEJ UDALOSTI

(ak nestačí miesto na požadované údaje, uveďte ich vo zvláštny prílohe)

Dátum škodovej udalosti:	Miesto:	Štát:
Oznámili ste škodovú udalosť asistenčnej službe?		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Došlo ku škodovej udalosti pod vplyvom alkoholu alebo iných návykových látok?		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Bola škodová udalosť vyšetrovaná políciou? Ak áno, priložte policajnú správu.		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Vznikla škoda cudzím zavinením? Ak áno, uveďte podrobnejšie informácie.		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie
Vznikla škoda pri dopravnej nehode? Ak áno, uveďte číslo konania:		<input type="checkbox"/> Áno <input type="checkbox"/> Nie

ÚRAZOVÉ POISTENIE

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, v ktorom vám bolo poskytnuté prvé ošetrenie, prípadne ďalšia liečba:	Od:	Do:
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	-----

Uveďte, prosíme, informácie o všetkých zdravotníckych zariadeniach v zahraničí a v Slovenskej republike, kde ste boli (alebo stále ste) v súvislosti s úrazom ošetrený/á, liečený/á alebo hospitalizovaný/á.

Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	Od:	Do:
Meno lekára:	Odbornosť:	
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	Od:	Do:
Meno lekára:	Odbornosť:	

Kto a kde zistil trvalé následky

Meno lekára:	Odbornosť:
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia:	

Aké zranenie ste následkom úrazu utrpeli?		
Ktorá časť tela bola poranená?		
Ako sa trvalé následky úrazu prejavujú?		
Mali ste viditeľné známky zranenia (rany, pomliaždeniny a pod.)? Ak áno, opíšte.	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Pri končatinách a párových orgánoch označte stranu:	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Ľavá
Dominantná horná končatina je:	<input type="checkbox"/> Pravá	<input type="checkbox"/> Ľavá
Bola poranená časť tela postihnutá už pred úrazom?	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Utrpeli ste v minulosti podobný úraz? Ak áno, opíšte.	<input type="checkbox"/> Áno	<input type="checkbox"/> Nie
Poruchy zdravia pred úrazom a ich súvislosť s úrazovým poškodením:		

V prípade úrazu s následkom smrti priložte, prosím, kópiu úmrtného listu a originál lekárskej správy s uvedenou príčinou úmrtia.

DOPLŇUJÚCE POZNÁMKY

--

ÚDAJE PRE ZASLANIE POISTNÉHO PLNENIA

Poistné plnenie poukážte:

Poštovou poukážkou na adresu:	PSČ:
Na eurový bankový účet poisteného vedený v banke:	
Číslo účtu IBAN:	

IBAN je štandardný medzinárodný formát čísla účtu

VYHLÁSENIE

Vyhlasujem, že som všetky otázky zodpovedal/a pravdivo a úplne, že som k hlásenému úrazu alebo ochoreniu vyplnil/a iba toto oznámenie škodovej udalosti a že som si vedomý/á dôsledkov nesprávnych, skreslených alebo neúplných odpovedí na povinnosť poistiteľa plniť. Súhlasím, aby si poisťiteľ vyžiadal všetku dokumentáciu o zdravotnom stave a priebehu liečenia poisteného pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti a zbavujem lekára sľubu mlčanlivosti. Ďalej zmocňujem lekára, zdravotnícke zariadenia a zariadenia poskytujúce zdravotnú starostlivosť na vyhotovenie lekárskeho správy, výpisu zo zdravotníckej dokumentácie či na ich zapožičanie. Takisto súhlasím, aby si poisťiteľ pre potreby vyšetrovania škodovej udalosti vyžiadal potrebné podklady na polícii, u správnych orgánov a v iných poisťovniach.

Počet listov príloh, ktoré prikladám:

V	dňa
Podpis poisteného alebo žiadateľa	

Vyplnené hlásenie, prosíme, pošlite na adresu: **UNIQA poisťovňa, a.s., Lazaretská 15, 82007 Bratislava** alebo travel_tb@uniqa.sk

Pri políčkach s možnosťou voľby označte krížikom hodiaci sa variant, nehodiace sa preškrtnite.